

L'analisi della spesa sanitaria privata out-of-pocket: oltre tre quarti della spesa è per prestazioni escluse dai livelli essenziali di assistenza

A cura di Isabella Mastrobuono

Rappresentante regioni e Province autonome nell'Osservatorio nazionale permanente dei fondi sanitari integrativi presso Ministero della salute

Gentile Direttore, quasi 31 miliardi della spesa out of pocket finanziano prestazioni che lo Stato ha deliberatamente scelto per legge di escludere del tutto o in parte dai LEA o che sono guidate da una profonda evoluzione sociale verso la cura del benessere e la prevenzione soggettiva (medicina e la chirurgia estetica nei giovani, termalismo privato, medicine non convenzionali...)

Gentile Direttore,

il dibattito sul ruolo della spesa privata in sanità (47,7 miliardi di euro nel 2024) è sempre molto acceso, essendo tale dato interpretato spesso quale conseguenza della crisi del servizio sanitario nazionale per la carenza di risorse finanziarie ed umane e dimostrazione della strisciante "privatizzazione" in sanità. Recentemente il Rapporto della Commissione europea (Country Report Italia 2026) riporta che la spesa sanitaria privata del nostro Paese è pari al 23,7% della spesa sanitaria complessiva pubblica e privata (circa 185 miliardi di euro) contro una media europea del 14,9%. Un divario che, secondo Bruxelles, potrebbe essere perfino sottostimato, perché l'aumento delle difficoltà economiche può spingere una parte crescente di pazienti a rinunciare direttamente alle cure quando i costi diventano eccessivi.

Si tratta di affermazioni che meritano dei chiarimenti per riportare il ragionamento nei confini dei livelli essenziali delle prestazioni (LEA), che non caratterizzano altri sistemi o servizi sanitari europei dove sono predominanti liste negative trasparenti di prestazioni, attività e servizi.

La spesa sanitaria privata totale è pari a 47,7 miliardi di euro (Sistema dei Conti della Sanità ISTAT-SHA / Ministero dell'Economia e delle Finanze, OASI 2025) ed è comprensiva di:

- spesa Out-of-Pocket (41,3 Miliardi) "di tasca propria" sostenuta in modo diretto dalle famiglie presso farmacie, studi, case di cura e poliambulatori, calcolata sottraendo la quota intermediata dal totale della sanità privata (Elaborazione su dataset Conti Nazionali e Sistema Tessera Sanitaria ISTAT/MEF)
- spesa Intermediata (6,4 Miliardi) coperta da "terzi paganti", ovvero da fondi sanitari integrativi, casse mutue e assicurazioni sanitarie attraverso contratti collettivi, polizze aziendali o individuali (Fonte: Rapporto Annuale OASI – CERGAS Università Bocconi).
(vedi Tabella)

Tabella 6.12 La spesa sanitaria privata per consumi finali per voci di spesa, 2023-2024 (miliardi di euro e % del totale)

Macro-categorie di spesa	Micro-voci di spesa	Miliardi di €			%	
		2023	2024		2024	
Servizi ospedalieri	Ricoveri ospedalieri	2,5	2,2	6,1	4,6%	12,8%
	Ricoveri in strutture di assistenza sanitaria a lungo termine	4,4	3,9		8,2%	
Servizi ambulatoriali	Servizi medici (visite mediche e specialistiche, incluso ticket)	7,0	7,1	25,4	14,9%	53,3%
	Servizi dentistici	9,4	9,5		19,9%	
	Servizi diagnostici	3,4	3,3		6,9%	
	Servizi sanitari non medici (infermieri, psicologi, fisioterapisti, ecc.)	5,5	5,5		11,6%	
Beni sanitari	Farmaci in senso stretto (Fascia A, C, OTC, SCP, con ticket e differenza di prezzo)	10,7	10,2	16,1	21,4%	33,9%
	Altri prodotti medicali non durevoli (bende, garze, siringhe, DPI, ecc.)	0,8	1,3		2,7%	
	Attrezzature terapeutiche (occhiali, lenti, protesi auditive, riparazione e noleggio attrezzature, ecc.)	4,6	4,7		9,8%	
Totale		48,2	47,7		100,0%	

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT, MEF e Agenzia delle Entrate.

Nella quota di spesa out-of-pocket (ma in parte anche in quella intermediata) sono comprese prestazioni totalmente o parzialmente escluse dal perimetro normativo tracciato negli allegati 4 A,B,C,D del DPCM 12 gennaio 2017 sui Livelli Essenziali di Assistenza, ovvero:

- Allegato 4A (Esclusioni totali): chirurgia estetica e medicina estetica, circoncisione rituale maschile, medicine non convenzionali, certificazioni mediche a pagamento:
- Allegato 4B e 4C (Prestazioni escluse o ad alto rischio di inappropriatazza): prestazioni specialistiche che sono erogabili a carico del SSN solo per specifiche indicazioni cliniche o patologie (es. malattie croniche, oncologiche, o criteri legati all'età) come chirurgia refrattiva con laser, terapie fisiche e riabilitative strumentali: laserterapia, ultrasuonoterapia, magnetoterapia, ionoforesi, elettroterapia (TENS) e radar-balneoterapia, idrochinesiterapia.
- Allegato 4D (Condizioni di erogabilità per la specialistica ambulatoriale): costituisce il rigido sbarramento prescrittivo su oltre 170 prestazioni di diagnostica, laboratorio e radiologia (come dosaggio vitamina D, esami allergologici, mappa cromosomica, MOC o risonanze della colonna), le quali, se non soddisfano i restrittivi criteri clinici della nota, si trasformano automaticamente in prestazioni escluse per il cittadino.

La presente analisi ha inteso calcolare i volumi e relativa spesa di tali prestazioni sulla spesa out of pocket per meglio comprenderne la composizione.

Il risultato dello studio mostra uno “zoccolo duro” di spesa out-of-pocket pari a 30,9 miliardi di euro (il 74,82% dell’out-of-pocket) che le famiglie pagano di tasca propria a causa di queste esclusioni totali o parziali stabilite a monte dalla norma comprensive di circa 2,8 miliardi di tickets con una spesa media mensile per famiglia di 97 euro.

La costruzione della mappa della spesa per le prestazioni totalmente o parzialmente escluse dai LEA è stata molto complessa (ed è meritevole di approfondimenti) per la difficoltà di rilevazione dei dati non sempre disponibili nei flussi istituzionali e delle fonti (eterogenee e

non sempre chiare). Non è stato possibile ricavare dati di spesa di moltissime prestazioni, ivi incluse le visite specialistiche e indagini diagnostiche soggette a limitazioni o per i ricoveri e pertanto sono state esclusi “prudentemente” dal calcolo.

(per approfondimenti relativi alle fonti informative cfr. <https://www.mefop.it/blog/blog-mefop/analisi-spesa-sanitaria-privata-out-of-pocket-quarti-spesa-prestazioni-escluse-livelli-essenziali-assistenza>)

Medicina e Chirurgia Estetica

- Boom di interventi: nel 2024 si sono registrati 1,3 milioni di trattamenti (480.000 chirurgici e 891.000 di medicina estetica non invasiva, questi ultimi raddoppiati rispetto al 2023).
- Primato italiano: l'Italia è la prima nazione in Europa e la quarta al mondo per trattamenti estetici dopo Stati Uniti, Brasile e Giappone.
- I consumatori: circa 7,3 milioni di italiani (17,6% degli adulti) hanno eseguito un trattamento negli ultimi due anni. La crescita è trainata da Gen Z e Millennials per via dell'effetto “social/zoom”.
- Giro d'affari: stimato tra i 2,5 e i 3 miliardi di euro all'anno (di cui 800 milioni per prestazioni professionali e il resto per farmaci, dispositivi e protesi).

Medicine Non Convenzionali (MNC)

- Regolamentazione: La FNOMCeO riconosce 9 discipline come atto medico esclusivo (tra cui Agopuntura, Omeopatia, Fitoterapia, Osteopatia e Chiropratica).
- Diffusione e mercato: Oltre 18 milioni di italiani hanno usato un rimedio non convenzionale nel 2024. L'omeopatia è la più diffusa.
- Giro d'affari: Stimato intorno ai 3,5 – 4 miliardi di euro all'anno (2,5-3 miliardi per le visite, 300-400 milioni per l'omeopatia e 600-800 milioni per la fitoterapia).

Cure Termali Non Convenzionate

- Spesa privata: Fanghi, inalazioni e riabilitazione fatti senza ricetta SSN generano una spesa a carico dei cittadini di circa 500-600 milioni di euro (inclusi i ticket sanitari da 55€ a ciclo).

Certificazioni Mediche e Visite Sportive

I Medici di Medicina Generale rilasciano gratuitamente solo i certificati di malattia INPS e di riammissione scolastica. Tutti gli altri sono a pagamento (certificati per patentini, porto d'armi, invalidità INPS, partecipazione a concorsi per le forze armate, per un totale di circa 600 milioni (stima assai prudentiale). Ad esempio:

- Certificati sportivi: sono i più richiesti (circa 6 milioni di visite all'anno: 4 milioni agonistici e 2 milioni non agonistici).
- Costi e gratuità: le visite agonistiche sono gratuite per minorenni (il 60% dei tesserati) e disabili presso strutture pubbliche.

- Giro d'affari dello sport: La spesa totale per i cittadini è stimata tra i 140 e i 180 milioni di euro all'anno. Nel dettaglio:

- o Agonistici adulti: ~1,6 milioni di persone con tariffa media di 60€ (Totale: 95-100 milioni di euro).

- o Non agonistici: ~1,7 milioni di visite pagate (la gratuità vale quasi solo per la scuola).

Fisioterapia e Riabilitazione Ambulatoriale

- Prestazioni escluse: Comprende idromassoterapia, ionoforesi, mesoterapia, ecc.

- Giro d'affari: La spesa privata totale stimata per cura e riabilitazione è tra i 3,5 e i 4 miliardi di euro all'anno. Di questi, 1,1 – 1,4 miliardi di euro all'anno sono destinati a prestazioni escluse del tutto o in parte dal SSN.

Odontoiatria (Prestazioni Parzialmente Escluse)

- Impatto economico: È una delle voci di spesa privata più pesanti, pari a 9,5 miliardi di euro.

- Copertura: Non è compresa nei LEA, salvo per emergenze o soggetti socialmente/patologicamente vulnerabili; la quasi totalità della spesa è a carico del cittadino o coperta da fondi integrativi.

Presidi Medici Non Durevoli e Attrezzature Terapeutiche

Il consumo quotidiano di beni sanitari e dispositivi genera una spesa costante:

- Beni Non Durevoli (1,3 Miliardi €): Materiale monouso, cerotti, termometri e test domestici. Lo scontrino medio in farmacia è stimato in 15 €.

- Attrezzature e Dispositivi (3,2 Miliardi €): Include occhiali da vista e dispositivi ottici (2,3 miliardi) e protesi uditive (900 milioni). Sono escluse dal computo tutte quelle per le quali non è stato possibile trovare fonti di spesa (apparecchi per aerosol, tutori, etc.)

- o Costi medi: ~220 € per un occhiale completo; ~1.800 € per un singolo apparecchio acustico digitale.

Spesa Farmaceutica e Compartecipazione

La spesa farmaceutica totale a carico dei cittadini supera i 10,4 miliardi di euro. Depurata da omeopatia ed estetica, la base out-of-pocket netta ("Farmaci Pulito") si attesta a 8,2 miliardi di euro, così suddivisa:

- Fascia C (6,7 Miliardi € netti): Farmaci con ricetta obbligatoria e automedicazione (SOP/OTC). Lo scontrino medio è di circa 18 €.

- Compartecipazione Classe A (1,5 Miliardi €): Spesa per i ticket farmaceutici (425 milioni) e per la scelta del farmaco di marca rispetto al generico (1,04 miliardi).

o Costi medi: Ticket fisso regionale di 2-4 € a ricetta; differenza di marca di circa 1,50 – 3,00 € a confezione.

Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e Lungodegenza

- Costo per le famiglie: l'assistenza per anziani e non autosufficienti pesa per 3,9 miliardi di euro.
- Copertura: questa cifra serve a pagare le quote alberghiere del 50% in regime di convenzione o l'intera retta in regime totalmente privato.

Servizi Ambulatoriali: la scelta prudentiale

La macroarea dei servizi ambulatoriali muove complessivamente 10,4 miliardi di euro, divisa tra l'area delle visite e quella degli esami diagnostici. Nel tentativo di isolare esclusivamente le prestazioni strutturalmente non erogate dal SSN, questo comparto pone un severo limite di tracciabilità:

- Diagnostica (3,3 Miliardi €): Il blocco di radiologia e laboratorio viene mantenuto a quota 3,3 miliardi di euro e include i ticket nazionali ed esami indotti dai vincoli del DPCM LEA 2017 (Allegato 4D) che impone sbarramenti prescrittivi su oltre 170 prestazioni diagnostiche (dal dosaggio della vitamina D alle risonanze della colonna, fino alla MOC). L'esperienza quotidiana dimostra che una fetta imponente di questa spesa è causata da un noto paradosso tariffario: molto spesso il costo del ticket pubblico applicato agli esami di laboratorio supera o eguaglia il valore economico degli stessi esami eseguiti in regime privato puro, spingendo il cittadino a pagare di tasca propria per ragioni di efficienza e costo complessivo.

L'applicazione dell'allegato sul territorio ha seguito percorsi fortemente eterogenei: da un lato Regioni come Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto hanno integrato i blocchi direttamente nei software della ricetta dematerializzata, attivando controlli ispettivi ex-post, dall'altro, Regioni come Campania, Calabria, Sicilia e Lazio monitorano i tetti di spesa distrettuali, minacciando la decurtazione delle quote variabili dello stipendio o la sospensione dei premi per i medici "iper-prescrittori". Questo clima ispettivo ha generato il cortocircuito della "Medicina Difensiva Passiva": di fronte al minimo dubbio clinico non perfettamente incasellabile nei rigidi schemi delle note ministeriali, il medico rinuncia alla prescrizione su ricetta rossa e indirizza il paziente verso la "ricetta bianca" nel canale privato. Una mossa che protegge lo specialista o il medico di base da sanzioni economiche, ma che agisce come una vera e propria fabbrica occulta di spesa out-of-pocket per i cittadini. Tale spesa non è stata computata nel modello.

- Visite Specialistiche (4,7 Miliardi): il blocco iniziale delle visite specialistiche (7,1 miliardi) viene depurato dall'intramoenia ALPI (1,0 mld), dai certificati burocratici (0,6 mld) e dalle visite per medicina estetica (0,3 mld) o medicine alternative (0,5 mld), assestandosi a 4,7 miliardi di euro (Tariffa media applicata: 110 € a visita specialistica).

La scelta di massima prudenza: poiché sia le visite specialistiche tradizionali (4,7 miliardi) sia la diagnostica (3,3 miliardi) potrebbero teoricamente rientrare nei LEA sulla carta, per garantire validità scientifica del modello di analisi sono stati esclusi entrambi i blocchi (pari a 8,0 miliardi complessivi) dal calcolo finale. **Il valore finale ottenuto, pari a 30,9 miliardi di euro,** deve quindi essere considerato come una stima fortemente prudentiale rispetto al reale carico economico che grava sulle famiglie per le sole prestazioni escluse dal servizio pubblico.

Altre prestazioni escluse dai LEA per le quali non è stato possibile calcolare la spesa a carico dei cittadini

- 1) *Chirurgia Ambulatoriale Minore e di Rifrazione*
- 2) Sostenuta privatamente da chi non soddisfa i rigidi criteri del servizio pubblico o per interventi fuori nomenclatore:
- 3) • Chirurgia Refrattiva con Laser: Esclusa dai LEA per difetti visivi standard (miopia, astigmatismo, ipermetropia).
- 4) o Tariffa media privata: 1.500 € – 2.500 € per occhio.
- 5) • Circoncisione Rituale o Culturale Maschile: Totalmente esclusa se priva di finalità terapeutiche; eseguita per motivi religiosi o tradizionali.
- 6) o Tariffa media privata: 500 € – 900 €.
- 7) • Chirurgia Ambulatoriale per Inappropriatezza: Asportazione di cisti sebacee, lipomi o nevi eseguita privatamente da pazienti sani per accelerare i tempi.
- 8) o Tariffa media privata: 250 € – 600 €.

2) Sotto-segmenti della Medicina e Chirurgia Estetica

Approfondimento del comparto bellezza (che muove complessivamente 2,5-3 miliardi di euro all'anno), analizzato nelle sue componenti parcellizzate:

- Visite Specialistiche: Consultazioni preliminari e controlli post-operatori privati muovono circa 300 milioni di euro inseriti nel computo generale delle visite.

o Tariffa media: 120 € a visita.

- Dispositivi Medici Iniettabili e Protesi: Filler a base di acido ialuronico o idrossiapatite e protesi corporee (per mastoplastiche, rinoplastiche, liposuzioni) che non sono catalogati come farmaci.

o Tariffa media fiala filler: 250 €.

o Tariffa media interventi protesici: da 4.500 € a 7.000 €.

- Farmaceutica Estetica di Fascia C: Tossina botulinica, preparati galenici o creme terapeutiche acquistate post-intervento direttamente al banco.

3) Dispositivi Medici e Prodotti Sanitari di Confin

Beni acquistati di tasca propria che si intrecciano con la cura quotidiana o la nutrizione speciale:

- Integratori Alimentari ad Alta Valenza Terapeutica: Prescritti dai medici per supportare terapie cardiologiche, neurologiche o ginecologiche, ma esclusi dai LEA. Il loro mercato totale supera i 4 miliardi di euro, ma la quota puramente "curativa" si confonde con il consumo di benessere spontaneo.

o Costo medio confezione: 18 € – 35 €.

- Nutrizione Speciale e Diete per Intolleranze: Esclusi i rari casi tutelati (es. celiachia protetta o malattie metaboliche rare), la spesa per alimenti biologici speciali e test per le intolleranze grava interamente sui cittadini (la parte finale del testo è parzialmente troncata).

Considerazioni conclusive

L'analisi della spesa out-of-pocket e dei flussi finanziari dimostra che la diffusa retorica allarmistica sulla "privatizzazione strisciante" o sulla "decadenza" del Servizio Sanitario Nazionale è smentita dai dati reali. Considerare i 41,3 miliardi di spesa privata complessiva come prova di inefficienza del pubblico è una distorsione interpretativa metodologicamente scorretta e politicamente pericolosa. Un simile approccio mina la fiducia dei cittadini nelle istituzioni sanitarie, fomenta fenomeni di intolleranza sociale e demotiva profondamente il personale medico e infermieristico, che si vede ingiustamente imputato di colpe strutturali e macroeconomiche non sue.

La realtà dei dati restituisce un quadro opposto, caratterizzato da una solida resilienza del SSN. Circa il 75% della spesa di tasca propria (30,9 miliardi) finanzia prestazioni che lo Stato ha deliberatamente scelto per legge di escludere del tutto o in parte dai LEA o che sono guidate da una profonda evoluzione sociale verso la cura del benessere e la prevenzione soggettiva, di cui la medicina e la chirurgia estetica nei giovani e la riscoperta del termalismo privato (500 milioni €) o le medicine non convenzionali costituiscono uno specchio imponente. Confondere il "brand fallimento" dell'educazione alla salute — che costa ai cittadini ben 1,04 miliardi di euro all'anno in differenziali di prezzo regalati all'industria per il rifiuto culturale dei farmaci generici equivalenti — con una carenza di investimenti pubblici rappresenta un evidente cortocircuito logico.

L'architettura dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ridefinita dal DPCM 12 gennaio 2017, segna il passaggio formale da un modello di universalismo puro a un regime di universalismo selettivo e condizionato. Dal punto di vista del diritto sanitario, lo Stato italiano subordina la copertura pubblica all'efficacia clinica e all'appropriatezza organizzativa e la griglia degli Allegati 4 risponde a questa logica.

Il cuore ad alta tecnologia, universalistico e salvavita dell'Italia rimane saldamente pubblico. Le case di cura autorizzate e il mercato privato assorbono quote di minore complessità o percorsi di elezione secondari (neppure considerati nel totale dei 30,9 miliardi), ma la gestione delle patologie acute, la grande chirurgia, l'oncologia complessa e la medicina d'urgenza gravano quasi interamente sul bilancio dello Stato. La vera sfida politica e gestionale che emerge dall'analisi non è l'espansione del privato speculativo, ma la necessità di governare e far evolvere il ruolo dei **6,4 miliardi di euro della spesa intermediata**.

Il futuro del sistema non risiede nella semplice riproposizione del welfare contrattuale come erogatore di prestazioni totalmente o parzialmente escluse dai LEA (funzione che i fondi già assolvono egregiamente nell'odontoiatria, nella riabilitazione e nelle tutele sociali e socio-sanitarie avendo abbondantemente superato il 20% previsto nel DM 2008)). La vera svolta strategica consiste nello sviluppare una reale e profonda integrazione con il pubblico, inserendo le attuali prestazioni LEA, che essi erogano (DM 2008) all'interno di percorsi assistenziali organizzativi e clinici rigorosamente condivisi e co-progettati con il pubblico, a meno che non si voglia, per assurdo, spingere i fondi verso l'erogazione di prestazioni inappropriate e garantirle fiscalmente (non logico).

In questa prospettiva, la complessa riforma della sanità territoriale avviata dal Paese rappresenta un'opportunità straordinaria e irripetibile. La nascita delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità configura il terreno ideale per valorizzare l'apporto dei fondi integrativi e del secondo pilastro: un partner istituzionale capace di co-finanziare la presa in carico della cronicità e la prossimità delle cure. Solo governando questa transizione, potenziando l'educazione alla salute e stabilendo alleanze trasparenti tra il primo e il secondo

pilastro, sarà possibile preservare l'universalismo del SSN, restituendo certezze ai cittadini e valorizzando l'operato del personale sanitario sul territorio.

Tabella Riassuntiva della Spesa Out-of-Pocket Strutturale

Macro-voce di Spesa	Valore Corrente (Miliardi €)	Razionale e Criterio di Esclusione / Inclusione
Odontoiatria	8,8	Al netto dei 713 milioni rimborsati o liquidati dai fondi integrativi (Fonte: OASI Bocconi).
Farmaci e ticket	8,2	Include la Fascia C tradizionale depurata + la quota ticket di Fascia A (1,5 mld) (Fonte: OsMed AIFA).
Medicine Non Convenzionali (MNC)	3,5	Interamente escluse dai LEA (DPCM 2017, All. 4A). Include visite professionali, rimedi omeopatici e fitoterapici (Fonte: Eumetra / Eurispes).
RSA (Quota alberghiera)	3,9	Quota alberghiera del 50% a carico delle famiglie per degenze di lungo termine (Fonte: UNEBA).
Occhiali e Protesi	3,2	Criterio per difetto (escluse attrezzature complesse e carrozzine erogate tramite ASL) (Fonte: AGCM).
Fisioterapia esclusa dai LEA	1,4	Trattamenti posturali, cronici e strumentali totalmente o parzialmente esclusi dai LEA (Fonte: Cup Solidale / MioDottore).
Presidi non durevoli	1,3	Beni sanitari monouso quotidiani non erogati dal SSN (cerotti, termometri, test) (Fonte: ISTAT-SHA).
Certificazioni	0,6	Certificati obbligatori per legge (attività sportiva, patenti, porti d'armi, INPS) (Fonte: FMSI / INPS/ CONI).
Escluse per prudenza (Potenziali LEA)	0,0 (Ex 8,0)	Visite specialistiche tradizionali (4,7 mld) e Diagnostica (3,3 mld) rimosse temporaneamente dal computo.

Totale della Spesa Out-of-Pocket Netta Strutturale: 30,9 Miliardi di Euro

(Questo zoccolo rigido rappresenta esattamente il 74,82% dell'intera spesa out-of-pocket diretta di 41,3 miliardi)

A cura di Isabella Mastrobuono

Rappresentante regioni e Province autonome nell'Osservatorio nazionale permanente dei fondi sanitari integrativi presso Ministero della salute

© Riproduzione riservata

Link della pubblicazione:

<https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/analisi-della-spesa-sanitaria-privata-out-of-pocket-oltre-tre-quarti-della-spesa-e-per-prestazioni-escluse-dai-livelli-essenziali-di-assistenza/?shem=dsdf,sharefoc,agadiscover,sh/x/discover/m1/4>